

Health Home 选择退出表格

证实声明 – 由 Health Home 符合资格的 Medicaid 医疗辅助方案保险受益人填写		
符合资格的 Health Home		
<input type="checkbox"/> 本人曾与上列符合资格的 Health Home 医疗保健服务协调人交谈；该位人员向本人说明了此项计划以及本人可获得的医疗保健服务协调服务。本人决定目前不参与此项计划。 选择退出的原因。对您选择退出的决定加以说明属自愿选择。		
<input type="checkbox"/> 本人明白，将不会为我指定一位医疗保健服务协调人，或者我将不会获得 Health Home 服务，但我将继续获得 Medicaid 医疗辅助方案和（或）Medicare 联邦医疗保险方案的医疗保健服务。		
Medicaid 医疗辅助方案保险受益人姓名	出生日期	保险受益人之 ProviderOne 识别号码
保险受益人之原件亲笔签名或法律监护人之签名（若适用）	签署日期	<input type="checkbox"/> 若为法律监护人之签名，则请核选此方框

如果您希望今后获得 Health Home，请致电：1-800-562-3022 或者（TTY 专线：1-800-848-5429）

由医疗保健服务协调人填写			
Medicaid 医疗辅助方案保险受益人姓名	出生日期	ProviderOne 个案当事人身份识别号码	符合资格的 Health Home
<input type="checkbox"/> 本人曾采用电话方式与保险受益人讨论过 Health Home。已经向 Medicaid 医疗辅助方案保险受益人解释了计划成员福利待遇，但此位保险受益人决定目前不参与此项计划。 选择退出的原因。			
Medicaid 医疗辅助方案保险受益人姓名	ProviderOne 个案当事人身份识别号码		
Health Home 医疗保健服务协调人之姓名	Health Home 医疗保健服务协调人之签名	签署日期	

请扫描已填妥的表格，并于接获之日起一个办公日内采用安全电子邮件方式向医疗保健计划管理部门(HCA)提交表格的扫描副本；电子邮件地址是 hcamcprograms@hca.wa.gov。